10/10/2024

ITEM 271 : REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN DE L'ENFANT

Seule la partie pédiatrique de l'item est traitée ici. La partie adulte est traitée dans les fiches d'HGE.

RGO = passage involontaire du contenu gastrique vers l'œsophage, physiologique avant l'âge de la marche
- Habituellement **physiologique** : survenue quotidienne de régurgitations habituelle chez le nourrisson (surtout au cours des 1er mois de vie), liées à la quantité de liquide ingérée et à l'incompétence fonctionnelle du dispositif anti-reflux, disparaissant avant l'âge de 1 an (alimentation solide, verticalisation, maturation fonctionnelle du SIO)

➝ 2/3 des enfants de **4-5 mois**, puis ↘ (1/4 des enfants de **6 à 7 mois**, < 5% des enfant de **1 an)**

- **RGO pathologique** (abondance/retentissement) : plus rare, avec des complications digestives (œsophagite) ou extradigestives (ORL, respiratoires, malaises) : explorations +/- indication d'IPP si RGO acide symptomatique authentifié

Physiopathologie

= **Inefficacité du dispositif anti-reflux fonctionnel** (sphincter inférieur de l'œsophage : SIO) et **anatomique** (raccordement cardio-tubérositaire, anneau musculo-fibreux, amarrage phréno-œsophagien, pression abdominale) :

Mécanismes	- **Relaxations inappropriées transitoires du SIO** : épisodes ≥ 5 sec, indépendants de la déglutition. - Inadéquation entre **volume gastrique et quantité de lait absorbée** : V **> 120 ml/kg/j** - **Plus rarement hypotonie ± permanente du SIO**
Complications	= Liées à l'abondance du RGO, son pH, le niveau atteint dans l'œsophage, la protection des voies aériennes, la capacité de réparation de la muqueuse et la maturation neurologique - FDR de **RGO pathologique** : encéphalopathie, atrésie de l'œsophage opérée, hernie diaphragmatique, mucoviscidose

Diagnostic

C

Régurgitations	= Expulsions soudaines, sans effort, d'une petite quantité de liquide gastrique alimentaire par la bouche : spontanée ou contemporaine d'une éructation - Terrain : jeune nourrisson (non-acquisition de la position assise) - Horaire : rejets per- ou post-prandiaux - Facteurs favorisants : changements de position, alimentation liquidienne	
	DD	**- Vomissements** : accompagné de contractions musculaires ou abdominales ➝ Des vomissements non bilieux peuvent parfois accompagner les régurgitations
	CAT	- Eliminer une **suralimentation** (< 6 mois) - Après l'âge de la marche : évoquer un autre diagnostic (**mérycisme, achalasie**)
Pyrosis	- Seulement chez l'enfant capable de l'exprimer : diagnostic clinique de RGO	
Œsophagite	*Pas de signe spécifique en dehors de l'hématémèse* - **Refus du biberon** après quelques succions - **Pleurs/agitation** per-prandiale ou au cours du sommeil (++2-4 mois), très rarement liés à un RGO acide pathologique si isolés (ne justifient pas un traitement par IPP). - **Retentissement tardif sur la prise pondérale** - **Hématémèse** exceptionnelle chez l'enfant	
	DD	- **Sténose du pylore** (chez le jeune nourrisson)
	CAT	- **Fibroscopie œso-gastro-duodénale** indispensable au diagnostic
Manifestations ORL et respiratoires	- ORL : - **Dyspnée laryngée** / stridor - **Dysphonie** **± Erosions dentaires** - Respiratoires (RGO rarement en cause) : - **Toux chronique** (nocturne ++) - **Bronchiolite** ou **pneumonie récidivante** ➝ Un **asthme**, des **otites** ou **rhinopharyngites récidivante** ou un **érythème du larynx** n'orientent pas spécifiquement vers un RGO pathologique - Causalité du RGO discutée (++ cause allergiques virales) : en pratique, il ne faut pas évoquer un RGO en 1ère intention devant des manifestations ORL et respiratoires.	
Malaise	- Forme typique : **perte de contact** avec **pâleur** et **cyanose**, **hypotonie**, et parfois **apnées** et/ou **bradycardie** ➝ Causalité du RGO discutée+++ = **pH-métrie** pathologique indispensable	
Autres	- Un **ralentissement staturopondéral** doit faire rechercher d'autres causes qu'un RGO	

10/10/2024

Diagnostic	PC	**pH-métrie œsophagienne des 24h**	= Examen de référence pour le diagnostic de RGO acide, indispensable pour poser le Dg en si signes extradigestifs sans régurgitations ou si malaise grave. Réalisé sur ≥= 24h - **% de temps** avec un **pH œsophagien < 4 =** RGO franchement pathologique si **> 10% avant 1 an et > 5% après 1 an** (pas de lien linéaire entre degré de reflux et gravité clinique) - Analyse qualitative : **périodes de reflux, concordances avec des symptômes** Des reflux prolongés ≥ 30 min témoignent d'une mauvaise clairance œsophagienne. ➞ Un résultat anormal n'est pas la preuve d'une relation causale entre le RGO et l'événement, sauf en cas de concordance temporelle nette (rare)
		Fibroscopie œsogastro-duodénale	- Examen de référence pour le diagnostic d'**œsophagite peptique** ➞ La confirmation du diagnostic témoigne d'un RGO (pH-métrie inutile) ➞ L'absence de signe d'œsophagite ne permet pas d'éliminer le diagnostic de RGO - Evaluation anatomique : **hernie hiatale** - Diagnostic d'autres causes d'œsophagite : **infectieuse, allergique** (à éosinophiles)
		Autres	- **Transit œso-gastro-duodénal** : recherche d'une anomalie morphologique du tractus digestif supérieur (malrotation intestinale, hernie hiatale par glissement, arcs vasculaires anormaux) ➞ indiqué en cas de RGO résistant au traitement et en 2nd intention ou bilan préopératoire - **Manométrie œsophagienne** : recherche d'achalasie ou autre anomalie de motricité œsophagienne = uniquement indiquée pour recherche de diagnostic différentiel - **Impédancemétrie** : exploration des RGO acides et non acides
		Indications	- Aucun examen : RGO avec manifestations digestives typiques non compliqué - **pH-métrie œsophagienne** : RGO non cliniquement évident, manifestations extra-digestives - **Fibroscopie œsogastroduodénal** : recherche d'une œsophagite ou anomalie anatomique - **Transit œso-gastro-duodénal** : mise en évidence d'une anomalie anatomique
TTT	**Mesures hygiéno-diététiques**		- **Réassurance** des parents (manifestations bénignes) - **Épaississement du lait** seulement si allaitement artificiel : **lait épaissi (AR)** ou **ajout d'un épaississant** - **Réduction du volume des biberons** si volumes trop importants - Si allaitement maternel (AM) : **aucune mesure** en dehors de la réassurance (pas d'arrêt d'AM) - Pas d'efficacité prouvée de l'inclinaison du berceau (proclive) / éviction du tabagisme passif ➞ En cas de non-amélioration malgré ces mesures **l'hypothèse d'une APLV** doit être évoquée (DD) : essai de régime sans PLV pendant **2 à 4 semaines**. Si disparition des symptômes = épreuve de **réintroduction** dus PLV (confirmation Dg si réapparition des symptômes).
	TTT médicamenteux	**IPP**	= Action antisécrétoire puissante, dose-dépendante, plateau d'activité en 3 à 5 jours : - AMM > 1 an : **oméprazole** 1 mg/kg/J (Mopral®), **ésoméprazole** (Inexium®) - AMM > 12 ans : **pantoprazole** - Administration en 1 prise, avant le 1er repas de la journée ; Ø effet sur régurgitations - **Effets secondaires** : diarrhée, céphalées, vertiges, ↗ risque d'infections digestives et respiratoires, risque allergie alimentaire et ↗ des fractures.
		Indication	- **Œsophagite érosive** prouvée par FOGD (y compris < 1 an = hors AMM) - Complications extra-dig de **RGO acide** authentifié à pH-métrie - **Pyrosis mal toléré** du grand enfant ➞ Les pleurs isolés ou un malaise en l'absence de RGO acide prouvé ne sont pas des indications de traitement empirique par IPP
		Autres	- **Dompéridone** (Motilium®, Péryds®) : inefficace dans le RGO de l'enfant - **Alginate** (Gaviscon®) en prise préprandiale : mesure adjuvante dans les régurgitations symptomatiques (efficacité contestée) - **Métoclopramide** (Primpéran®) : contre-indiqué chez l'enfant < 18 ans
	TTT chirurgical		= **Fundoplicature de Nissen ou Toupet** : exceptionnel chez l'enfant - RGO compliqué et rebelle au traitement médicamenteux (exceptionnel), ou sur terrain particulier (encéphalopathie sévère, atrésie de l'œsophage, hernie hiatale/diaphragmatique, mucoviscidose…) ➞ Si doute sur un trouble de la motricité œsophagienne : manométrie préopératoire pour discuter de l'indication chirurgicale.
Suivi			- **Efficacité du traitement** (régression des signes initiaux) : n'est pas une preuve formelle du rôle du RGO - Absence d'amélioration clinique ou survenue d'une complication : évaluer la compliance/observance, réévaluer l'indication thérapeutique/causalité RGO-symptômes, rechercher un DD (mérycisme) ou des facteurs intercurrents ➞ Le RGO physiologique du nourrisson a une **évolution habituellement favorable au cours du 2ème semestre de vie**.